UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS

"CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020"

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN:

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA EN ENFERMERÍA

AUTORAS: Lic. Enf. DANISA JULIANE PINEDO CÁRDENAS

Lic. Enf. CARMENCITA AURORA TIPTO SOTO

ASESORA: Mg. GABY LUZ PANDURO SALAS

PUCALLPA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E INTERDISCIPLINARIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Pucallpa, a los **veintiocho (28)** días del mes de **diciembre** del **2020**, siendo las **10:00** horas y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento Interno de Título de Segunda Especialidad de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunió el Jurado Calificador, conformado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE : **Dra. Isabel Esteban Robladillo**
MIEMBRO : **Dra. Nelly Graciela Tafur Flores**
MIEMBRO : **Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas**

Para proceder a la evaluación de la sustentación pública de la Tesis titulada:

CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020.

Presentada por las Profesionales:

Lic. Enf. DANISA JULIANE PINEDO CÁRDENAS

Lic. Enf. CARMENCITA AURORA TIPTO SOTO

Teniendo en calidad de Asesora a: **Mg. Gaby Luz Panduro Salas.**

Finalizada la sustentación de la misma, se procedió a realizar la evaluación respectiva, llegando a la siguiente conclusión: La tesis ha sido: **APROBADA (BUENA)**

Quedando las profesionales expeditas para que se le otorgue el Título de Segunda Especialidad de Enfermería, con mención en: **Instrumentación Quirúrgica en Enfermería.**

Siendo las…11: 30… horas del mismo día se dio por concluido el acto académico.

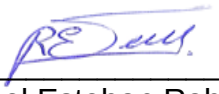
Pucallpa, **veintiocho (28)** de **diciembre** del 2020.

Dra. Isabel Esteban Robladillo
PRESIDENTE

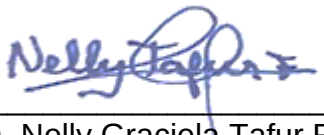
Dra. Nelly Graciela Tafur Flores
MIEMBRO

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
MIEMBRO

La investigación titulada: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020”,** fue aprobada por el Jurado Evaluador, conformada por:



Dra. Isabel Esteban Robladillo
Presidente



Dra. Nelly Graciela Tafur Flores
Miembro



Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Miembro

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/0334-2020

La **Dirección General de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el **Informe Final (Tesis) Titulado:**

"CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020"

Cuyo autor (es)	:	**PINEDO CÁRDENAS, DANISA JULIANE** **TIPTO SOTO CARMENCITA AURORA**
Facultad	:	CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional	:	ENFERMERÍA
Programa	:	SEGUNDA ESPECIALIDAD
Mención	:	INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA EN ENFERMERIA
Asesor(a)	:	Mg. Panduro Salas Gaby Luz

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 10%.**
En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que SI se aprueba su originalidad.
En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 10/12/2020

Dra. DINA PARI QUISPE
Dirección de Producción Intelectual

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Danisa Juliane Pinedo Cárdenas.
Autor de la TESIS titulada:
"CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020."

Sustentada el año: 2020.
Con la asesoría de: Mg. Panduro Salas Gaby Luz.
En el Programa de: Segunda Especialidad en Enfermería.
Mención en: INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA EN ENFERMERÍA.

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.
En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 30 / 12 / 2020

Email: danjul_27@hotmail.com Firma:

Teléfono: 988003721 DNI: 43752978

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Carmencita Aurora Tipto Soto
Autor de la TESIS titulada:
"Conocimiento y practica de las enfermeras sobre el posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de Operaciones, Hospital Regional de Pucallpa, 2020"

Sustentada el año: 2020
Con la asesoría de: Mg. Panduro Salas Gaby Luz.
En el Programa de: Segunda Especialidad en enfermería
Mención en: Instrumentación Quirurgica en enfermería.

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos:
Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.
Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas.
Tercero: autorizo la publicación,

- [x] Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).
- [ ] Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.
En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 30 / 12 / 2020

Email: Carmentipto73@gmail.com Firma:

Teléfono: 961083660 DNI: 00103191

DEDICATORIA

A Dios nuestro creador y mi madre

por su apoyo y comprensión.

Danisa Juliane.

A Dios, a mi familia, que me ayudaron a culminar con éxito mi segunda especialidad, para seguir sirviendo a la comunidad y a mi familia.

Carmencita Aurora.

AGRADECIMIENTO

Al personal del Hospital Regional de Pucallpa, en especial a nuestras colegas, enfermeras del centro quirúrgico, por su cooperación. También agradecer de todo corazón a todos los que apoyaron desinteresadamente en la consecución de este trabajo.

A nuestra asesora Mg. Gaby Luz Panduro Salas, por brindarnos parte de su valioso tiempo y dedicación en la elaboración de este trabajo de investigación.

A los miembros del jurado evaluador por sus excelentes aportes para el mejoramiento de nuestra investigación.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020. Es un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. La población conformada por 42 profesionales que laboran en sala de operaciones, la muestra constituida por 18 enfermeras responsables del posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones. Las características sociodemográficas indican que el 83% son adultos. El tiempo de servicio indica que el 67% se agrupa entre los 11 a 20 años, trabaja en otra institución el 6%, tienen especialización el 67%; el 55.6% presentó conocimiento deficiente y 44% un conocimiento regular. El 88.9% si aplica prácticas de posicionamiento quirúrgico. El 11.1% tiene conocimiento deficiente y no aplica prácticas de posicionamiento, el 44.4% presentó conocimiento deficiente, pero aplica las prácticas de posicionamiento; solo 44.4% presentó conocimiento regular y aplicó las prácticas de posicionamiento quirúrgico. Se concluye que la mayoría de las enfermeras presentan un conocimiento deficiente. Un gran número de evaluados aplican adecuadamente las prácticas de posicionamiento El conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico indica que el conocimiento es deficiente y regular en la misma proporción, además, aplican adecuadamente las prácticas sobre el posicionamiento; finalmente un minúsculo grupo presento conocimiento deficiente y además no aplica las prácticas de posicionamiento quirúrgico.

Palabras clave: Conocimiento; posicionamiento del paciente quirúrgico; prácticas.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the knowledge and practice about the surgical positioning of the nurse in the operating room of the Regional Hospital of Pucallpa 2020. It is a descriptive, prospective and cross-sectional study. The population made up of 42 professionals who work in the operating room, the sample made up of 18 nurses responsible for positioning the patient in the intraoperative operating room. Sociodemographic characteristics indicate that 83% are adults. The length of service indicates that 67% are grouped between 11 to 20 years, 6% work in another institution, 67% have specialization; 55.6% presented deficient knowledge and 44% had regular knowledge. 88.9% if they apply surgical positioning practices. 11.1% have deficient knowledge and do not apply positioning practices, 44.4% presented deficient knowledge, but apply positioning practices; only 44.4% presented regular knowledge and applied surgical positioning practices. It is concluded that most of the nurses have poor knowledge. A large number of those evaluated apply positioning practices adequately. Knowledge and practice about surgical positioning indicates that knowledge is deficient and regular in the same proportion. Furthermore, they adequately apply positioning practices; finally a tiny group presented deficient knowledge and also did not apply surgical positioning practices.

Keywords: Knowledge, positioning of the surgical patient, practices.

ÍNDICE

RESUMEN ix

ABSTRACT x

ÍNDICE xi

ÍNDICE DE TABLAS xiv

INTRODUCCIÓN xv

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 17

1.1. FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION. 17

1.1.1. Descripción del problema 17

1.1.2. Justificación. 19

1.1.3. Importancia 20

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION. 21

1.2.1. Problema general 21

1.2.2. Problemas específicos 21

1.3. OBJETIVOS 22

1.3.1. General 22

1.3.2. Específicos 22

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 23

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN 23

2.1.1. Antecedentes internacionales 23

2.1.2. Antecedentes nacionales 26

2.1.3. Antecedentes locales 28

2.2. BASES TEÓRICAS 28

2.3. BASES CONCEPTUALES 31
2.2.1. Conocimiento del posicionamiento quirúrgico 31
2.2.2. Práctica de enfermería 34
2.2.3. Posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones 35
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS 50
2.5. HIPÓTESIS 51
2.6. VARIABLES. 51
2.6.1. Operacionalización de variables 52
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA 54
3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO 54
3.2. POBLACIÓN 54
3.3. MUESTRA 54
3.4. DISEÑO Y METODOLOGÍA 55
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 56
3.6.1. Técnica 56
3.6.2. Instrumento 56
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 56
3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS 57
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 59
4.1. RESULTADOS 59
4.2. DISCUSIÓN 66
CONCLUSIONES 68
RECOMENDACIONES 70

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA 71

ANEXOS 76

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020…… 59

Tabla 2. Conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020…… 61

Tabla 3. Dimensiones del conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020……. 62

Tabla 4. Práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020…… 63

Tabla 5. Dimensiones de la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020…….. 64

Tabla 6. Conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020……. 65

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería es parte primordial en la profesión, siendo el propósito del cuidado humanizado; identificar, anticiparse, prevenir complicaciones antes, durante y después del posicionamiento quirúrgico y así evitar daños y complicaciones al paciente. La profesional de enfermería en el centro quirúrgico necesita tener conocimiento pleno de sus actividades y la facilidad de trabajar coordinadamente en equipo garantizando un trabajo coordinado con todos los profesionales que atienden a pacientes [(1)].

Posicionar al paciente para una intervención quirúrgica, es un procedimiento de suma importancia en la función de enfermería durante la etapa perioperatorio. En coordinación con el equipo se debe realizar una valoración sobre la dinámica fisiológica antes de su ingreso al quirófano, la cual debe ser detallada e individualizada buscando la mejor estrategia para posicionar al paciente en el quirófano. Posicionar en el quirófano al usuario para que sea intervenido en una cirugía, conlleva siempre a un riesgo de que se produzcan lesiones, pese a tener mucho cuidado por la condición de inconciencia, falta de sensibilidad, entre otras. El profesional de enfermería como parte del equipo (cirujano, anestesista y personal de enfermería) coordina con los demás profesionales la posición más adecuada y favorable para el paciente, además esta decisión del posicionamiento debe facilitar el acto anestésico-quirúrgico[(2)].

Es fundamental que los servicios de salud cuenten con una enfermera para que se garantice una atención de calidad, debido a que es prioritario afrontar las necesidades individuales de cada paciente; durante el momento operatorio el posicionamiento debe facilitar la visualización de la zona operatoria. De ocurrir

un acto negligente en esta etapa quirúrgica puede conllevar a daños funcionales e incluso la vida del paciente [3].

El propósito es determinar el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, además generar un precedente que sirva de sustento para la implementación de programas educativos que fortalezcan la calidad de atención a los pacientes y contribuir a su pronta recuperación. El estudio se estructura en 4 capítulos, en el primer capítulo se aborda el problema de investigación el mismo que contiene el planteamiento del problema, fundamentación del problema, formulación del problema, y los objetivos de investigación. En el segundo capítulo se muestra el marco teórico el mismo que contiene la descripción detallada de los antecedentes de investigación tanto internacionales, nacionales como locales, marco teórico conceptual, y definición de términos, hipótesis, identificación de variables, Operacionalización de variables. En el tercer capítulo se aborda al marco metodológico el cual está compuesto de las siguientes partes: Método de la investigación, ámbito de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, plan de tabulación y análisis de datos. En el cuarto capítulo se exhiben los resultados y la discusión. Finalmente, se muestran las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1. Descripción del problema

Las competencias de la enfermera en sala de operaciones son la conciencia quirúrgica, cuidado de la salud, preparación del ambiente quirúrgico y monitoreo de las medidas de seguridad aplicados al paciente [(4)]. En el posicionamiento del paciente para una cirugía, es importante tener en cuenta que el procedimiento sea seguro y eficiente para evitar lesiones dérmicas y neuromusculares [(5)].

A nivel mundial, anualmente se realizan unos 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, esto equivale a una operación por cada 25 personas, aproximadamente. También se ha reportado que 63 millones de personas con lesiones traumáticas, se operan anualmente, así mismo, 10 millones de mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones son pacientes que requieren tratamiento oncológico. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la

operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones posoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año [6].

En los países de ingresos bajos y medianos, un 11% de los pacientes operados sufren afecciones; pero también en países como los Estados Unidos de América contribuyen a que los pacientes pasen 400 000 días más en el hospital, con un costo adicional de US$ 900 millones al año [7] [8].

En Colombia, Bautista y otros, afirman que los eventos adversos detectados estaban relacionados con los cuidados en un 16%, con la infección nosocomial en un 3%, con algún procedimiento en un 63%; siendo los eventos adversos más frecuentes: suspensión de turnos quirúrgicos 38%, otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o 4 procedimiento 13.3%, retraso en el diagnóstico 13.3%, quemaduras, erosiones y contusiones (incluyendo fracturas consecuentes) 8.4%, intervención quirúrgica ineficaz o incompleta 6.3%, acumulando un total del 79.3% de los eventos adversos identificados [4]. Una de las principales actividades asistenciales en los hospitales es la cirugía, donde la presencia y participación del profesional de enfermería es imprescindible durante las diferentes fases quirúrgicas. Y es durante el periodo intraoperatorio, donde contribuye a que el proceso quirúrgico sea más confortable y llevadero para el paciente, además favorece y agiliza la gestión quirúrgica [4].

Por tanto, el posicionamiento inadecuado genera lesiones de piel, debido a una compresión o un estiramiento de estructuras nerviosas y vasculares, para lo cual la enfermera debe realizar todas las actividades necesarias, de dispositivos, de posicionamiento apropiado para reducir el

riesgo de lesiones [9].

Durante el período perioperatorio la enfermera es la líder durante su labor, así como organizar, preparar y supervisar cada procedimiento manteniendo en todo momento el cuidado humanizado y la seguridad del usuario para su pronta recuperación. Es importante conocer y aplicar los aspectos de la seguridad del paciente evidenciado por lesiones de piel brindando una atención más segura; los pacientes que atendemos en las diferentes instituciones serán los beneficiados [10].

En el Hospital Regional de Pucallpa, se ha observado que el posicionamiento del paciente quirúrgico se realiza de acuerdo a criterios personales, no existiendo un documento normativo que lo regule, cada enfermera realiza el posicionamiento quirúrgico de acuerdo a la experiencia adquirida, no hay unificación de criterios, pasos en la posición del paciente y uso de accesorios; de este modo resulta importante el estudio sobre el posicionamiento quirúrgico con la finalidad de prevenir lesiones dérmicas ya que la piel es la primera barrera de protección.

1.1.2. Justificación

Se considera que tiene una justificación práctica porque, evidencia un problema muy poco estudiado, además, favorece a la realización de investigaciones en el grupo profesional de enfermería para adquirir nuevos conocimientos y contribución significativa a los ya encaminados, en el conocimiento de las enfermeras en sala de operaciones sobre el posicionamiento quirúrgico, con la finalidad de acomodar en forma correcta al paciente para prevenir posibles complicaciones del mal posicionamiento.

Además, se justifica por la necesidad de generar un precedente sobre los conocimientos y actitudes sobre el ´posicionamiento del paciente durante el periodo intraoperatorio, pues aporta información valiosa sobre los principales conocimientos y actitudes a tener en cuenta en el paciente durante el acto quirúrgico. Estos resultados benefician al paciente porque contribuyen en la prevención de complicaciones que se pueden presentar durante el acto quirúrgico, además, otorga beneficios a la comunidad de enfermería, puesto que sirve como antecedente en los cuidados que se brinda durante el ejercicio profesional en el área quirúrgica; también, favorece a la población, pues son los usuarios finales, en quienes la experiencia profesional en el área garantiza su seguridad y el éxito de la cirugía.

1.1.3. Importancia

Es de vital importancia que el profesional de enfermería conozca el posicionamiento quirúrgico, con el objetivo de acomodar adecuadamente al usuario y sobre todo prevenir las posibles complicaciones a la que conllevaría la práctica de una inadecuada técnica. La importancia de la seguridad del paciente se reconoce cuando el personal dentro de la organización tiene una constante y activa conciencia acerca de la posibilidad de la ocurrencia de errores, es capaz de reconocer los errores, aprender de ellos y desarrollar acciones para evitarlos en todo momento.

La razón por la que se aborda el tema de la seguridad del paciente, no es porque nuestras instituciones ahora sean menos seguras que antes, es porque ahora se avanza hacia la obtención de resultados tangibles que las hagan más seguras de lo que actualmente son. Los problemas de

seguridad del paciente son inherentes a la práctica diaria en salud y aunque se pretenda minimizarlos y prevenirlos el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad al paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?
- ¿Cuál es el conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?
- ¿Cuál es la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

- Determinar el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

1.3.2. Específicos

- Conocer las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.
- Identificar el conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.
- Identificar la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Lopes F. y Soares M., estudiaron Riesgo de lesión en posicionamiento quirúrgico: validación de escala en un hospital de rehabilitación. Investigación analítica, longitudinal y cuantitativa. Los resultados advierten que la mayor parte de los pacientes presentó alto riesgo de desarrollo de lesiones perioperatorias. La mayor parte de los participantes no presentaron lesiones de piel (87,8%) ni dolor (92,5%). Se infiere que los pacientes con bajo riesgo probablemente no presenten lesiones y que, aquellos de alto riesgo, serán más proclives a desarrollar lesiones. Concluyen afirmando que la validación de la escala se evidencia por la asociación de los puntajes con el surgimiento de lesiones, por tanto, es una herramienta válida y útil, y podrá guiar la práctica clínica del enfermero perioperatorio del hospital de rehabilitación en lo atinente a la reducción de riesgos de lesiones provenientes de la posición quirúrgica [(5)].

Peixoto C. y otros, en su estudio: Clasificación de riesgo de desarrollo de lesiones derivadas del posicionamiento quirúrgico. Estudio

observacional, longitudinal, prospectivo y cuantitativo, realizado en hospital de enseñanza. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes (56,5%) presentó alto riesgo para lesión peri operatoria por posicionamiento. El sexo femenino, ancianos y valores de índice de masa corporal alterados fueron estadísticamente significativos (p <0,05) para mayor riesgo de existencia de esas lesiones. En el 77% de los pacientes hubo lesiones por posicionamiento. Concluyen refiriendo que la mayoría de los participantes presentó alto riesgo de desarrollo de lesión peri operatoria por posicionamiento. El sexo femenino, ancianos e índice de masa corporal alterado fueron factores significativos para el aumento del riesgo [(3)].

Braz A. y otros, estudiaron: Posicionamiento quirúrgico Cuidado de enfermería en el periodo transoperatorio, en Brasil, identificaron los cuidados de rutina de la enfermera en el posicionamiento del paciente. Su metodología fue revisión de la literatura integrativa, con búsqueda en LILACS (Literatura latinoamericana y el caribe ciencias de la salud) y las bases de datos Scielo (Scientific Electronic Library online). Población estuvo conformada por 20 artículos. Instrumento Ficha documentaria. Concluyó, que el posicionamiento puede causar complicaciones, y úlceras por presión. Las intervenciones eficaces se relacionan con el alivio de las presiones durante su estancia en la mesa quirúrgico el personal de enfermería es responsable por los cuidados promoviendo que garanticen la seguridad del paciente [(1)].

Mendoca. C. y otros, presentaron la escala de ELPO (Escala de evaluación de riesgos para lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico), el estudio indica que es una investigación metodológica, conducida en dos

etapas: construcción y validación de faz y de contenido de la escala e investigación de campo contiene siete ítems, siendo que cada uno presenta cinco sub ítems. La puntuación de esa escala varia de 7 a 35 puntos en que, cuanto mayor la puntuación, mayor el riesgo del paciente. El Índice de validez de contenido de la escala fue 0,88. Mediante la aplicación de la prueba t de Student, para igualdad de medias. Para evaluar la validez de criterio predictiva, fue testada la asociación de la presencia de dolor debido al posicionamiento quirúrgico y el desarrollo de úlcera por presión con el score de la escala de evaluación de riesgo para el desarrollo de lesiones debidas al posicionamiento quirúrgico ($p<0,001$). La confiabilidad inter observadores fue verificada mediante el coeficiente de correlación intraclase, cuyo valor alcanzado fue 0,99 ($p<0,001$). Concluyen confirmando que la escala es un instrumento válido y confiable [(11)].

Benito U. en su libro titulado: Complicaciones y prevención en las posiciones quirúrgicas más comunes. Se trata de una revisión bibliográfica sobre los diferentes problemas potenciales de las posiciones más comunes en un quirófano y la prevención para evitarlos. Refiere que La colocación correcta del paciente que va a ser sometido a un proceso quirúrgico, es parte esencial de la asistencia sanitaria dentro de un quirófano. Las intervenciones quirúrgicas precisan para su correcta realización de distintas posiciones en la mesa de operaciones. Cada una de ellas necesita unos requisitos, tanto material como humano. Los resultados indican que el posicionamiento quirúrgico del paciente causa algún impacto negativo en los sistemas del cuerpo y pueden ocasionar varias complicaciones como: dolor músculo esquelético, desplazamiento de articulaciones, daños en

nervios periféricos, lesiones de piel, comprometimiento cardiovascular y pulmonar y hasta síndrome compartimental. Concluye haciendo referencia a que todas las posiciones que se adoptan en una mesa de quirófano tienen una serie de problemas potenciales que pueden evitarse con un buen conocimiento de los mismos y con unas directrices para la prevención particulares en cada caso [12].

2.1.2. Antecedentes nacionales

Morí. N., realizó la investigación titulada: Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. El estudio fue de enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo, con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. El diseño fue no experimental de corte transversal. El estudio determinó que existe una significativa relación entre la cultura de seguridad ele paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencias [13].

Delgado M., y Paredes N., estudiaron la eficacia del posicionamiento después de una cirugía de agujero macular para la disminución de las complicaciones en pacientes quirúrgicos de oftalmología. El tipo de estudio fue cuantitativo, el diseño una revisión sistemática. Los resultados indican que el 50% (n = 5/10) de los artículos se evidencia la eficacia del posicionamiento después de una cirugía de agujero macular para la disminución de las complicaciones en pacientes quirúrgicos de oftalmología. Concluyen refiriendo que coinciden en la eficacia del

posicionamiento después de una cirugía de agujero macular para la disminución de las complicaciones en pacientes quirúrgicos de oftalmología, el 50% (n = 5/10). Se encontró discrepancia sobre la eficacia del posicionamiento después de una cirugía de agujero macular para la disminución de las complicaciones en pacientes quirúrgicos de oftalmología en un 50% (n = 5/10) [14].

Fernández. M. En su estudio sobre el nivel de conocimiento de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. La metodología indica que es un estudio cuantitativo, la población estuvo conformada por 77 enfermeras de los servicios críticos y no críticos, se utilizó la técnica de entrevista y cuestionario. Los resultados: 57.1% presentan un bajo nivel de conocimientos, 37.7% un regular nivel de conocimientos. 73.2% poseen un nivel de conocimientos bajo y laboran en áreas no críticas, 38.8% laboran en áreas críticas, las que poseen conocimiento regular 52.8% pertenecen a áreas críticas y 24.4% en áreas no críticas. Concluye afirmando que en nivel de conocimiento de los enfermeros sobre seguridad del paciente es mayoritariamente bajo, seguido de regular [15].

Guerrero J. Quispe E. Vera K., en su estudio titulado: Conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente adulto en intraoperatorio en centro quirúrgico en el Hospital de Essalud Lima. El diseño fue de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. Población estuvo conformada por 46 profesionales de enfermería. Su técnica fue encuestas y observación directa. Instrumento fue el cuestionario y guía de observación diseñada por los investigadores. Concluyeron que el mal

posicionamiento incrementa complicaciones y las úlceras por presión son las más frecuentes reportadas [16].

2.1.3. Antecedentes locales

No se encontraron estudios en la región relacionados a las variables de investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría de las necesidades humanas

Elaborada por el psicólogo estadounidense Dr. Abraham Maslow máximo exponente de la psicología humanística, en su obra “Motivation and Personality” 26 en 1954, pretendía dar a conocer que el hombre es un ser que tiene necesidades para sobrevivir, además de ser un ser biosicosocial, Maslow agrupa todas las necesidades del hombre en 5 grupos o categorías jerarquizadas (17) mediante una pirámide, las cuales son: a. Necesidades fisiológicas (aire, agua, alimentos, reposo, abrigo, etc.) b. Necesidades de seguridad (protección contra el peligro o el miedo, etc.) c. Necesidades sociales (amistad, pertenencia a grupos, etc.) d. Necesidades de autoestima (reputación, reconocimiento, respeto a sí mismo, etc.) e. Necesidades de autorrealización (desarrollo potencial de talentos, dejar huella, etc.).

La necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que

primero se satisfará antes de cualquier otra necesidad es la seguridad. Constituye por tanto el segundo nivel de la teoría y que sitúa la necesidad de vivir en un entorno estable y sin amenazas. Las necesidades de seguridad son la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley entre otras. Todas ellas apuntan a la evitación o neutralización de situaciones de peligro [17]. Maslow cree que el hombre es un ser cuyas necesidades crecen y cambian a lo largo de toda su vida. A medida que el hombre satisface sus necesidades básicas o primarias, otras más elevadas como las secundarias ocupan el predominio de su comportamiento y se vuelven imprescindibles. Asimismo, plantea en su teoría que la seguridad es una de las necesidades primarias conjuntamente con las fisiológicas, sociales y autoestima, consideradas prioritarias y por lo tanto más influyentes e importantes que las necesidades superiores o secundarias de autorrealización y trascendencia [17].

2.1.2. Teoría del Cuidado Humano - J. Watson

Sostiene que, ante la posible deshumanización de la atención en salud por cambios de estructura, nuevos modelos y tecnologías, es necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, por parte de los profesionales de Enfermería. Por otra parte, la gestión del cuidado que se entiende como “el ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que permiten organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención, asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”, tiene como finalidad entregar cuidados de calidad a las personas, tomando en cuenta sus derechos y

situación actual de salud [18].

Los cuidados de enfermería, por tanto, deben estar en concordancia con el quehacer cotidiano, donde se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continua salud-enfermedad; por este motivo, es necesaria la incorporación de instrumentos que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada [19].

2.1.3. Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau

Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución [20].

2.1.4. Teoría del proceso de enfermería de Ida Jean Orlando Pelletier

La teoría de Orlando resalta la relación recíproca entre paciente y enfermera, concibe la función profesional de la enfermería como la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Identifica y resalta los elementos del proceso de enfermería y le da particular importancia a la participación del paciente en el mismo. Esta teoría se centra en cómo mejorar la conducta del paciente mediante el alivio de su angustia, produciendo un cambio positivo [20].

Para Orlando, la acción de la enfermera en contacto con el paciente

se denomina proceso de enfermería, este puede ser automático o deliberado. Las acciones de enfermería deliberadas son aquellas donde las percepciones, pensamientos y sentimientos resultan evidentes para el paciente y la enfermera, estas son las que han sido diseñadas para identificar y satisfacer las necesidades inmediatas del paciente y por tanto para cumplir su función profesional. Esta teoría hace hincapié en la inmediatez, para lo cual propone una correlación positiva entre el tiempo durante el que no se cumplen las necesidades del paciente y su grado de angustia [21]. De ahí que la teoría del proceso de enfermería se centre en el contacto inmediato entre la enfermera y el paciente. La observación de las expresiones verbales y no verbales del paciente con las que manifiesta sus necesidades. Con estos datos la enfermera promueve acciones destinadas a satisfacer la necesidad de ayuda del paciente [21].

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. Conocimiento del posicionamiento quirúrgico

Según la Real Academia de la Lengua Española el conocimiento se define como: la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia, razón natural; cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida en que estas están activas: Noción, ciencia, sabiduría [22].

El conocimiento científico de enfermería es adquirido a través de la formación académica y a través de la experiencia; y la práctica viene a ser el ejercicio, aplicación de los principios, deberes y capacidades de la enfermera profesional guiada por la fundamentación teórica [23].

El posicionamiento quirúrgico es toda aquella información que la

enfermera adquirió en sala de operaciones respecto a acciones de posicionamiento del paciente, requisitos para colocar al paciente en la posición requerida para la intervención quirúrgica, considerando aspectos anatomo fisiológicos, cuidando la función respiratoria y cardiaca [23].

Aunque no se le da excesiva importancia al posicionamiento del enfermo sobre la mesa de operaciones, esta tarea es fundamental, tanto para facilitar la técnica quirúrgica como lo más importante, para evitar futuras complicaciones por lesiones. Enfermería juega un papel muy importante en unos buenos cuidados al respecto. Por todo ello, es imperativo considerar algunos aspectos:

- Buen conocimiento anatómico y de las consecuencias fisiológicas de cada posición.
- Estar familiarizado con el equipo a utilizar en cada situación (material y humano): - Número adecuado de personas entrenadas. - Buen manejo del tablero quirúrgico.
- Relacionar siempre cada posición con el estado general del enfermo (edad, estatura, peso y antecedentes personales) [23].

El posicionamiento puede realizarse antes o después del acto anestésico, sin embargo, lo más recomendable es que éste se lleve a cabo una vez anestesiado el enfermo, así, por ejemplo, si se trata de una anestesia general, se acomodaría al principio en decúbito supino para posteriormente pasar a la posición deseada. Hay que resaltar algo muy importante: Una vez anestesiado desaparecen las sensaciones de dolor, molestia, rigidez, etc. y por tanto, habrá que cuidar al máximo la colocación,

para evitar riesgo de lesiones (fracturas, úlceras por decúbito, lesiones nerviosas, etc.) [23]. Por último y a título recordatorio, habrá que remontarse a 1.940 para encontrar las primeras referencias que denotan la preocupación por este tema, así Miller, adoptó un sistema de símbolos que utilizó para registrar en la hoja anestésica la posición quirúrgica [23].

Desde el punto de vista filosófico Salazar Bondy, define el conocimiento primero como un acto (conocer el producto) y segundo como un contenido, que lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivos, puede independizarse del sujeto gracias al lenguaje [23].

Al respecto Rossental a decir de Gallardo, define el conocimiento como un proceso de virtud del cual la realidad se refleja y se reproduce en el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica [23].

La teoría apoya y sustenta la práctica de enfermería, orienta a realizar las actividades con fundamento, permitiéndonos tomar buenas decisiones en situaciones complejas. Utilizarla permite razonar respecto a nuestro quehacer y a no hacer las cosas de una manera mecánica e impulsiva. La falta de conocimiento y/o la escasa o nula utilización de nuestros modelos conceptuales y teorías, además de la poca aplicación de éstas en la práctica, han tenido como consecuencia que aún la enfermería se siga viendo como parte de la labor médica, sin independencia a la hora de tomar decisiones frente al usuario [23].

2.3.2. Práctica de enfermería

Es creativa e imaginaria con la finalidad de atender a los individuos, sus principios son ideas razonables, el conocimiento abstracto y la compasión. La teoría y la práctica van a la par, de esta manera logrando el desarrollo potencial del profesional de enfermería en sala de operaciones para brindar el cuidado adecuado a los pacientes [24].

La práctica de enfermería incluye la integración del conocimiento de enfermería a partir de conceptualizaciones generales de los modelos de enfermería, estos modelos de enfermería reflejan las tendencias filosóficas que inundan el saber y que a partir de ellas se deriva una visión conceptual y práctica de las actividades realizadas de docentes, clínicos e investigadores [4]. Estos modelos conceptuales actúan como una guía para un correcto desarrollo de la práctica, educación, investigación y ética, a su vez funciona como base para el desarrollo del conocimiento clínico y científico orientando la práctica del profesional de enfermería, ambos conocimientos son interdependientes debido a que no pueden existir por separado, cada uno de ellos sirve de sustento al otro favoreciendo el desarrollo de la práctica profesional, debido a que la forma de desarrollo de conocimiento en la disciplina no es basado sólo en un área, sino más bien es un complemento y una convergencia de saber que fundan y asientan nuestra identidad y que al mismo tiempo mejoran ampliamente los resultados en la práctica [4].

Las labores del cuidado que brinda la profesión de enfermería se basan a la relación enfermero-paciente, el respeto por la dignidad y la toma de decisiones por los usuarios, lo cual conlleva conocer desde lo ético la

razón de la práctica del cuidado, con conocimiento amplio de las funciones necesarias para lograr el consentimiento informado [25].

2.3.3. Posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones

La correcta colocación o posicionamiento del paciente para el procedimiento quirúrgico es una faceta del cuidado del paciente tan importante para el resultado de la intervención como la adecuada preparación preoperatoria y la anestesia segura. Requiere conocimientos de anatomía y de aplicación de principios fisiológicos, además de estar familiarizado con el equipo necesario. La seguridad es el principal factor a tener en cuenta. La posición del paciente viene determinada por el procedimiento a realizar, teniendo en cuenta la elección de la vía de acceso por parte del cirujano y la técnica para administrar la anestesia. Factores como la edad, el peso, la altura, la situación cardiopulmonar y las enfermedades previas (por ejemplo, la artritis) también influyen en la posición y deben ser considerados en el plan de cuidados. Antes de la operación, se valoran las alteraciones articulares o vasculares [2].

El objetivo es que el paciente no resulte lesionado como consecuencia de su posición durante el procedimiento quirúrgico, aunque también, se debe valorar su comodidad. La enfermera circulante es responsable, junto con el anestesiólogo y el cirujano, de la posición quirúrgica del paciente, ayudados por personal subalterno (o celadores). En esencia, es una responsabilidad compartida entre todos los miembros del equipo. En posiciones complejas o con pacientes obesos, el plan de

cuidados incluirá la necesidad de contar con más ayuda adicional para levantar y/o colocar al paciente. Generalmente, el paciente cuando se traslada a la mesa de operaciones, suele encontrarse en posición supina, siendo anestesiado así, si no requiere la técnica anestésica otra posición y colocarlo luego para la intervención quirúrgica. No se posiciona, ni se mueve al paciente hasta que el anestesiólogo comunique que es totalmente seguro hacerlo [2].

2.3.3.1. Posiciones quirúrgicas y cuidados de enfermería en la colocación del paciente

Son muchas las posiciones que se emplean en las intervenciones quirúrgicas. Aquí sólo expondremos las más utilizadas. Si van a administrarse líquidos intravenosos en el brazo durante la intervención, este debe colocarse en un apoyabrazos. Esta situación se repite en las posiciones que se comentan seguidamente, ya que suelen administrarse líquidos intravenosos. Si se va a utilizar electrocirugía, el electrodo dispersivo inactivo debe colocarse una vez que el paciente está colocado para la intervención quirúrgica [16].

A. Decúbito supino (dorsal): La posición de decúbito supino se utiliza para los procedimientos abdominales, así como para los que involucran la cara y el cuello, el tórax o el hombro. Esta posición se utiliza también para cirugía vascular. Puede emplearse para procedimientos ortopédicos cuando brinda una exposición adecuada [16]. Los principales efectos fisiológicos de la misma en el enfermo son:

- Reducción de la ventilación por compresión abdominal sobre el diafragma, acentuado si se administra anestesia general, por las modificaciones del tono muscular diafragmático y abdominal.
- Riesgo de atelectasia, al poderse cerrar la vía aérea pequeña.
- A nivel circulatorio, solo se destacarían los efectos de la posición en decúbito supino en enfermos obesos, con ascitis, tumoración abdominal o embarazadas. En estos casos, se produciría compresión de la vena cava inferior y consecuente disminución del retorno venoso y gasto cardíaco, apareciendo hipotensión. Esto se podría evitar ladeando la mesa unos 10º hacia la izquierda.
- Cuando la cabeza no se almohadilla adecuadamente y el enfermo se hipotensa, hay riesgo de que sufra dolor, tumefacción y alopecia por la presión en la zona occipital.
- Dolor bajo de espalda al perderse la convexidad lumbar fisiológica tras la relajación de los músculos paraespinales (efecto de la anestesia).
- Riesgo de desarrollo de pie equino y úlcera de talón, en intervenciones largas [16].

Cuidados de Enfermería en la posición decúbito supino:

- Cuerpo perfectamente alineado, con las piernas paralelas (nunca cruzadas, por riesgo de compresiones).
- Brazo de la venoclisis: apoyado en su suporte correspondiente, pero cuidando que nunca la abducción sea superior a los 90º, por riesgo de lesionar el plexo braquial. El brazo contrario se intentará descansar en otro soporte igual, o en su defecto, sujeto al arco de

anestesia perfectamente protegido y vigilando también la abducción.

- Almohadillas bajo la cabeza y la zona lumbar. Si la intervención se prolonga, realizar cambios posturales de la cabeza.
- Protección de talones de la presión sobre la mesa, con una almohadilla.
- Prevención del equino.
- Vendaje compresivo ascendente, para mejorar el retorno venoso, dependiendo de las características del enfermo e intervención.
- Si obesidad, ascitis, tumoración abdominal o embarazo: ladear la mesa unos 10º hacia la izquierda, por ejemplo, con una cuña que eliminaría la posible obstrucción, o en todo caso, utilizando el mando automático [16].

B. Trendelenburg: La posición de Trendelenburg es muy similar a la de decúbito supino, excepto por la inclinación horizontal que hace que la cabeza esté más baja que el tronco. La mesa se quiebra en el segmento inferior. Esta posición se utiliza, principalmente, para procedimientos que involucran órganos pelvianos. El objetivo perseguido es lograr que el contenido abdominal se vuelque en dirección cefálica (hacia la cabeza), y obtener una mayor exposición del contenido pelviano. Esta posición puede limitar la movilidad diafragmática, y restringir la respiración. Por lo tanto, el paciente no debe permanecer así por periodos prolongados [16].

Los efectos fisiológicos de este posicionamiento son:

- Descenso de la presión arterial en las extremidades inferiores, que en individuos sanos se compensa por la acción de los

barorreceptores (vasodilatación y bradicardia), sin embargo, ancianos y enfermos con aterosclerosis generalizada pueden sufrir trastornos isquémicos severos postoperatorios.

- En pacientes cardiópatas, esta posición incrementa significativamente la P.A.M. (Presión arterial media) y la P.P.C. (presión pulmonar capilar), con mayor demanda de la oxigenación cardíaca. Si la reserva cardíaca previa está muy disminuida, puede desencadenar una cardiopatía congestiva aguda o isquemia miocárdica.
- Elevación de la presión venosa yugular y de la intracraneal, con el consiguiente descenso de la presión de perfusión cerebral.
- Restricción de la compliance pulmonar por la compresión del contenido abdominal sobre la base pulmonar y por tanto, mayor trabajo respiratorio. En casos muy graves, fundamentalmente ancianos y obesos, el deterioro de la función respiratoria provocaría hipercapnia e hipertensión, con el consiguiente riesgo de hemorragia cerebral por vasodilatación de los vasos cerebrales. Por último, comprobar la correcta posición del tubo endotraqueal, ya que en Trendelemburg la gravedad desplaza cefálicamente tanto los pulmones como la carina, haciendo que la punta del tubo descanse más distalmente en la tráquea. Incluso estando bien fijado, puede desplazarse, introduciéndose en el bronquio derecho [16].

C. Trendelenburg invertido (anti-Trendelenburg): El Trendelenburg invertido o anti-Trendelenburg se utiliza para la cirugía de cabeza y cuello. También puede ser de ayuda en los procedimientos que

comprometen el diafragma y la cavidad abdominal superior, ya que permite que el contenido abdominal descienda en dirección caudal (hacia los pies). A causa de esta inclinación, se suele colocar un apoyapié para prevenir el deslizamiento del paciente hacia abajo.

Los cuidados de Enfermería fundamentales serían:

- Evitar un accidental deslizamiento del paciente, para lo cual utilizaríamos soportes almohadillados en los pies.
- Almohadillar la nuca, curvatura lumbar y las rodillas. Por último, indicar que a nivel fisiológico no existen grandes diferencias con la posición supina [16].

D. Decúbito prono: Es la posición quirúrgica más problemática, tanto por su difícil colocación como por los efectos fisiológicos que conlleva, de hecho, algunos la califican como la posición menos fisiológica que existe, sin olvidar el manejo imposible de las vías respiratorias para el anestesista. Las intervenciones principales en esta posición se realizan sobre el recto y columna vertebral [16].

Las principales repercusiones fisiológicas son:

- Dificultad para mover la caja torácica por su propio peso, con el consiguiente riesgo de insuficiencia respiratoria grave.
- Dificultad para mover el diafragma por el contenido abdominal y por el propio peso del tórax.
- Compresión de la vena cava inferior, disminuyendo el gasto cardíaco y aumentando la P.V.C. Este hecho va a provocar un estasis venoso abdominal, pudiendo quedar retenida gran cantidad de anestésico en todo el árbol vascular peritoneal. Se han descrito casos de parada

respiratoria en el postoperatorio inmediato, al salir repentinamente dicho anestésico al torrente circulatorio, hecho a tener en cuenta principalmente en ancianos y enfermos de alto riesgo. También por el estasis, el retorno venoso de las extremidades inferiores se dirige por vías que ofrecen menor resistencia, como por ejemplo a través del plexo venoso de la columna vertebral (plexo de Batson), fenómeno que puede causar mayor sangrado durante la cirugía de la médula espinal.

- Congestión a nivel de la cabeza. La rotación de la misma y el cuello puede producir isquemia por oclusión de la carótida o las arterias vertebrales. Una rotación de 80º de la cabeza, puede ocluir por completo la arteria vertebral contralateral, con graves consecuencias si se sospecha enfermedad arterial cerebral o arteritis, ya que, al estar los vasos parcialmente ocluidos por aterosclerosis, pueden sufrir isquemia, trombosis o ictus embólico [16].

Cuidados de Enfermería en la posición prona: Es fundamental empezar reseñando que para adoptar esta posición es necesario voltear al enfermo una vez que ha sido anestesiado en posición supina. Para ello, son necesarias al menos 6 personas que deben efectuar esta maniobra de forma coordinada y cooperativa. Es esencial evitar la torsión de los miembros y mantener la cabeza estrictamente alineada con el tronco durante el movimiento. Las manos del paciente deben protegerse del peso del cuerpo que cae sobre ellas.

- Cabeza: el posicionarla correctamente es un reto en esta posición. En el caso de pacientes con una anatomía vascular intacta, la cabeza se ladea descansándola en una almohada, ya que en éstos se produce una compensación al aumentar el flujo cerebral a través de la arteria vertebral opuesta o el polígono de Willis. Sin embargo, si se trata de un enfermo con antecedentes de patología arterial cerebral, tendremos que utilizar el soporte reposacabezas almohadillado en forma de herradura, que soporta la periferia de la cara sin presionar los ojos.
- Tronco: para aliviar la presión sobre el tórax y abdomen pondremos dos rodillos almohadillados debajo del tórax a la altura de las axilas y otros dos a nivel de las palas ilíacas (estos últimos no deben comprimir los vasos femorales). El rodete debería formarse doblando paños no arrugados. Los requisitos de un buen rodete axilar serían:
  - Suficientemente grueso y no debe ser compresible, de forma que el tórax quede separado suficientemente y el hombro completamente descargado.
  - Suficientemente largo para servir de soporte a la anchura anteroposterior del tórax.
  - Suficientemente ancho para repartir la presión sobre varias costillas.
  - Colocarse ligeramente caudal a la axila, para evitar la compresión de las estructuras neurovasculares axilares.

- Brazos: se colocan sobre 2 apoya-brazos con máximo cuidado, evitando hiperextensiones y caídas. Protección adecuada de los codos.
- Miembros inferiores: se protegen las rodillas y los pies, evitando el roce de los dedos con la mesa. Se elevará la parte inferior de las piernas, favoreciendo el buen drenaje (siempre y cuando esto no moleste en la intervención). - Evitar presiones en las mamas de las mujeres y en el aparato genital masculino. - Antes de colocar los paños estériles revisaremos minuciosamente al paciente [16].

E. Kraske (posición navaja): La posición de Kraske es una modificación de la posición de decúbito prono (apoyado sobre el abdomen). Se utiliza en la cirugía rectal y coxígea. La mesa se quiebra en un ángulo, que puede ser moderado o marcado, según las necesidades del cirujano. Los apoyabrazos se dirigen hacia la cabecera de la mesa para que los codos se flexionen cómodamente.

Sus efectos fisiológicos son similares a esta última y al Trendelemburg. La mesa se quiebra a nivel de la cadera en un ángulo variable (moderado a severo), dependiendo de las necesidades quirúrgicas. Las indicaciones principales son intervenciones rectales (por ejemplo, hemorroides) y coxígeas [16].

Cuidados de Enfermería:

- Almohadillar la zona de la cadera e ingle.
- Protección de pies, rodillas y piernas.
- Descansar los brazos en sus soportes, flexionando cómodamente los codos.

- Es importante regresar lentamente al paciente a la posición horizontal, debido al estancamiento venoso que se produce, evitando así problemas secundarios [16].

F. Laminectomía: Esta posición se utiliza particularmente para las laminectomías de la columna torácica o lumbar. Puede ser necesario un soporte para laminectomía que eleve el tronco por encima de la mesa. Está construido de tal manera que un espacio hueco entre dos apoyos laterales permite una expansión torácica máxima para una adecuada respiración. El soporte está acolchado para mullirlo. Antes de colocar al paciente en la mesa de operaciones, se efectúa la inducción sobre la camilla, en posición de decúbito supino Después de la inducción y con el permiso del anestesiólogo, se vuelca al paciente suavemente desde la camilla sobre la mesa de operaciones y el soporte. Por lo menos seis personas deben efectuar esta maniobra. Es esencial evitar la torsión de los miembros y mantener la alineación estricta de la cabeza con el tronco durante el movimiento. Durante esta maniobra, se deben proteger las manos para que el peso del cuerpo no caiga sobre ellas [16].

Cuidados de Enfermería:

- Brazos en sus soportes dirigidos hacia la cabeza, flexionando cómodamente los codos.
- Almohadilla bajo la axila, para proteger el plexo braquial.
- Soporte para elevar el tronco perfectamente acolchado.
- Sujeción de los muslos.
- Protección de rodillas y pies [16].

G. Litotomía (posición ginecológica): Esta posición se emplea para cirugía vaginal, perineal y rectal. Esta posición requiere de dos personas para levantar las piernas, simultáneamente, con una leve rotación externa de las caderas. Es importante que las piernas se levanten lentamente, pues un cambio brusco de posición puede causar un cambio rápido en la presión sanguínea y producirse un shock. Las rodillas no deben dejarse «caer» lateralmente, pues podrían luxarse. Cuando vuelva a colocarse al paciente en la posición de decúbito supino deben tomarse las mismas precauciones [16].

Efectos fisiológicos:

- Las repercusiones cardiopulmonares serían similares a las citadas para la posición supina. Resaltar el hecho de que se pueda producir hipotensión al descender las piernas del paciente al final de la intervención, debido al relleno sanguíneo de las venas, todo ello se agravaría en caso de hemorragia importante intraoperatoria o enfermedad cardíaca previa.
- Compresión nerviosa periférica (lesión del nervio ciático poplíteo externo, es la compresión principal) [16].

Cuidados de Enfermería:

- Colocar las piernas en las perneras a la vez, para evitar luxaciones de la cadera, el usuario habrá situado previamente la zona glútea en el extremo distal de la mesa, para prevenir tensión en músculos y ligamentos lumbosacros. Insistimos en el adecuado almohadillado de las perneras. Las piernas se fijan con las bandas de sujeción (las

perneras se pondrán a la misma altura y en relación con el tamaño de las piernas del usuario). Una regla: siempre las perneras a las piernas, nunca las piernas a las perneras.

- Fijados los miembros, se retiran los planos de la mesa, descansando el brazo de la venoclisis sobre un soporte y el contrario, bien sobre el arco de anestesia o bien bajo la zona lumbar con la palma de la mano mirando hacia abajo, para prevenir lesiones en la misma.
- Importante: comprobar que la pernera no hace presión sobre el hueco poplíteo ni sobre el nervio ciático poplíteo externo.
- Al terminar la intervención, es importante bajar las dos piernas a la vez y lentamente [16].

H. Fowler (sentado): La posición de Fowler se usa cuando se somete a un paciente a cirugía de hombro, nasofaríngea y procedimientos en la cara y de reconstrucción de mama. También se utiliza esta posición para procedimientos de la columna posterior o craneotomía, con unos soportes especiales que soportan a la cabeza [16].

I. Sims (lateral) La posición lateral se utiliza para la cirugía de riñones, uréteres y pulmón. Esta es probablemente la posición más difícil de lograr con seguridad. El paciente yace sobre uno de sus lados con el brazo inferior extendido sobre un apoyabrazos lateral. El brazo superior queda recogido sobre un apoyabrazos específico para lumbotomía. La pierna más baja se flexiona. El flanco se eleva donde se quiebra la mesa y puede dársele un apoyo mayor mediante un elevador mecánico incorporado a la mesa, o colocando un rodillo

inmediatamente por encima de la cresta ilíaca. Debe prestarse suma atención a las siguientes pautas debido a los riesgos potenciales que implica esta posición [16].

2.3.3.2. Actividades de enfermería destinadas a prevenir las complicaciones del posicionamiento quirúrgico

- Proteger y acolchar adecuadamente los accesorios de la mesa que estén en contacto directo con la piel del usuario.
- Cuidar de las zonas de mayor riesgo: ramas del plexo braquial, nervio cubital, radial (por mala posición de los brazos) y sobre todo, nervio ciático poplíteo externo (por el mal uso de las perneras). En intervenciones largas, colocar correctamente los pies para evitar equinos.
- Sujetar bien los miembros para evitar la posible lesión al caer laxamente.
- Minimizar la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos, utilizando protectores, alineación correcta y evitando las presiones mecánicas directas (no apoyarnos sobre el enfermo, ni colocar material pesado sobre él). Colocar las mesas de instrumental de forma que no ejerzan presión sobre el usuario.
- Sujetar e inmovilizar adecuadamente al usuario, de forma que no varíe la posición inicial adoptada, para evitar posibles complicaciones posteriores. Así, por ejemplo, al cubrir al paciente, verificar que las piernas estén correctamente colocadas, podría haberlas movido antes de dormirse.

- La hiperextensión del cuello durante un largo periodo, puede ser la causa de rigideces, contracturas musculares, etc., que cursan de forma molesta en el postoperatorio. Por ello, colocaremos la cabeza del usuario de la forma más anatómica posible, al igual que el resto del cuerpo. En las intervenciones largas, variar el punto de apoyo de la misma, para evitar las posibles úlceras por decúbito en el cuero cabelludo.
- No colocar al usuario sobre una superficie húmeda (por ejemplo, como consecuencia del lavado previo de la zona).
- Evitar las arrugas en las sábanas donde descansa directamente la piel del usuario.
- Por último, si el usuario ha sido sometido a anestesia general, se le movilizará al menos entre cuatro personas, poniendo especial cuidado de no realizar movimientos bruscos y en proteger las vías respiratorias, los catéteres y las sondas [16].

2.3.3.3. Complicaciones del mal posicionamiento

Por éstas vamos a entender las "lesiones por decúbito" o "traumatismos del posicionamiento". Las vamos a clasificar en 2 grandes grupos: [16]

A. Complicaciones neurológicas

Del sistema nervioso central:

- Cefalea occipital (secundarias a vasculitis isquémicas).
- Lesión del tronco cerebral (de origen isquémico).
- Hemorragia cerebral (hipercapnia).

Del sistema nervioso periférico:

- Dolor bajo de espalda.
- Afección de nervio periférico (por orden de frecuencia): cubital, plexo braquial, radial, mediano, perineal, femoral, tibial anterior, ciático, facial y supraorbitario.

Las complicaciones neurológicas son las que aparecen con mayor frecuencia. Su diagnóstico último necesitaría de estudios electromiográficos y neurográficos [16].

B. Complicaciones no neurológicas:

Traumatológicas:

- Traumatismos por pellizcamiento de zonas acras (personal inexperto).
- Distensión ligamentosa.
- Fracturas óseas en patología ósea. ·

Dermatológicas:

- Alopecia post compresiva (de origen isquémico).
- Ulceraciones post compresivas (de origen isquémico).

Oftalmológicas.

Cardiocirculatorias:

- Enfermedad tromboembólica.
- Oclusión arterial (arteriopatía previa).
- Hipotensión arterial.
- Descompensación cardiaca aguda.

La trombosis periférica constituye la complicación postoperatoria de origen circulatorio más frecuente relacionada con el posicionamiento. Cualquier factor que obstruya o disminuya el flujo sanguíneo en las extremidades (compresión de las pantorrillas en la mesa de operaciones), predispone a una patología tromboembólica [16].

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Conocimiento.** Es el conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia vivida o del aprendizaje acumulado [25].

- **Cuidado de enfermería:** El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una práctica que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente [26].

- **Efectos:** Son cambios en la salud que resultan de la exposición a una fuente. El efecto es el resultado, el fin, la conclusión, la consecuencia, lo que se deriva de una causa [27].

- **Intraoperatorio:** Etapa comprendida desde que ingresa el paciente al quirófano e inicia el acto quirúrgico hasta que el cirujano coloca el apósito en la herida operatoria, y, la enfermera entrega al paciente en la sala de recuperación post – anestésica [28].

- **Posición:** Postura, actitud o modo en que alguien o algo está puesto o colocado [22].

- **Posicionamiento quirúrgico:** Tiene como principal finalidad promover el acceso al sitio quirúrgico y debe ser realizado de forma correcta para garantizar la seguridad del paciente y así prevenir complicaciones [11].

- **Posicionamiento del paciente:** Acción y efecto de posicionar. Son aquellas posiciones características que se emplean en diversas situaciones patológicas o para efectuar ciertas exploraciones y prácticas terapéuticas o quirúrgicas [29].

- **Práctica:** Es descrita, asimismo, como el ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a sus reglas; aquello que se organiza bajo la dirección de un maestro y que, por cierto, tiempo, tienen que realizar algunas profesiones para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión [30].

2.5. HIPÓTESIS

Por ser un trabajo descriptivo, no amerita la formulación de hipótesis.

2.6. VARIABLES

Variable 1: Conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

Variable 2: Práctica del posicionamiento quirúrgico.

2.6.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala	Valor final
Conocimiento de posicionamiento quirúrgico.	Son los saberes adquiridos por el profesional de enfermería que labora en sala de operaciones para facilitar el procedimiento quirúrgico y evitar complicaciones en el paciente.	Es la forma adecuada de colocar al paciente para la intervención quirúrgica, teniendo en cuenta la anatomía y fisiología	Posicionamiento quirúrgico	Conocimiento bueno	Cualitativo	Ordinal	16-20 puntos
		Es evaluar al usuario y obtener una historia clínica completa para identificar alteraciones y/o complicaciones ante una cirugía.	Cuidados de enfermería	Conocimiento regular	Cualitativo	Ordinal	11-15 puntos
		Sucesos producidos por una causa	Efectos	Conocimiento deficiente	Cualitativo	Ordinal	1-10 puntos

Variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala	Valor final
Práctica del posicionamiento quirúrgico	Es creativa e imaginativa con la finalidad de atender a los individuos, teniendo en cuenta los conocimientos de la colocación correcta del paciente en la mesa quirúrgica.	Actividad que ejecuta el profesional de enfermería para el cuidado de la integridad del cliente en la posición supina.	Cuidados de enfermería en posición supina	Aplica	Cualitativo	Nominal	>= 15 puntos
		Actividad que ejecuta el profesional de enfermería para el cuidado de la integridad del cliente en la posición prona.	Cuidados de enfermería en posición prona	No aplica	Cualitativo	Nominal	< 15 puntos

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Pucallpa de Nivel III, ubicado en la ciudad de Pucallpa, capital del departamento de Ucayali.

3.2. POBLACIÓN

La población se conformó con el personal de salud que laboró dentro del centro quirúrgico del Hospital Regional de Pucallpa el cual cuenta con 18 Licenciados en Enfermería, 6 Anestesiólogos y 18 Técnicos en Enfermería.

3.3. MUESTRA

Por tratarse de una muestra pequeña se trabajó con todas las 18 enfermeras que laboran dentro del centro quirúrgico y son responsables del posicionamiento del paciente en el quirófano.

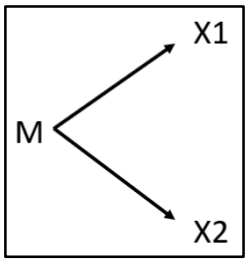
Criterios de inclusión

- Licenciadas en enfermería que participaron libre y voluntariamente del

estudio.

3.4. DISEÑO Y METODOLOGÍA

El diseño empleado en este estudio, fue el diseño no experimental de tipo transversal [31], cuyo diagrama es el siguiente:



Donde:

M = Enfermeros de sala de operaciones.

X1 = Conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

X2 = Práctica del posicionamiento quirúrgico.

De acuerdo a la naturaleza de sus características corresponde a un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

- Descriptivo: Porque se describió la situación tal como se encuentra.
- Prospectivo: Porque se tomó los datos desde el inicio de la investigación hacia adelante.
- Transversal: Porque la medición de la variable se realizó en un solo momento.

Según la intervención del investigador corresponde a un estudio no experimental, puesto que no se modificaron las variables, cuantitativo porque los datos son susceptibles a ser medidos al asignarse un valor numérico a las variables.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1. Técnica

Se utilizó como técnica la observación y la entrevista dirigida a las enfermeras de sala de operaciones.

3.5.2. Instrumento

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la ficha de observación. El instrumento utilizado, fueron validados por Cavero K., en su estudio: Conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones [(2)]. El cuestionario para evaluar el conocimiento de posicionamiento quirúrgico tuvo 20 preguntas y la ficha de observación para valorar la práctica del posicionamiento quirúrgico contó con 19 preguntas.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En un primer momento se gestionó el permiso ante el director del Hospital Regional de Pucallpa, posteriormente y con el permiso aprobado, se procedió con la recolección de datos a las enfermeras que se encontraron de turno, teniendo en cuenta la reserva y el anonimato de los participantes del estudio. También fue necesario que los sujetos de estudio dieran su consentimiento, para lo cual se hizo firmar el consentimiento informado y se aplicó el cuestionario en un tiempo de 30 minutos para el primer instrumento que midió el conocimiento, para el segundo instrumento se aplicó la guía de observación con la cual se midió la práctica de la

enfermera en un periodo de 12 horas laboradas. En el periodo intra operatorio se observó el cumplimiento de las prácticas de posicionamiento adecuadas dentro de sala de operaciones, este proceso se realizó en un período de 2 semanas, cabe recalcar que la observación se realizó al profesional de enfermería encargado de realizar los cambios de posicionamiento durante el acto operatorio.

3.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se consideró las siguientes fases:

- **Revisión de los datos:** Se revisó cada pregunta de los instrumentos y su coherencia con las variables a medir. Los instrumentos en mención fueron validados por Cavero K., en su estudio: Conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones [(2)].

- **Codificación de los datos:** Se codificaron los datos de acuerdo a la respuesta esperada para determinar el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico.

- **Clasificación de los datos:** Se clasificaron según codificación y nivel de medición de acuerdo a la variable en estudio.

- **Recuento de datos:** Se realizó a través de los softwares estadísticos Excel y SPSS versión 24, mediante la elaboración de tablas de frecuencia para verificar el cumplimiento de objetivos y.de esta manera realizar un análisis descriptivo para determinar el

conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Etapa de vida	Adulto joven	2	11.0
	Adulto	15	83.0
	Adulto mayor	1	6.0
Total		18	100.0
Tiempo de servicio	1 a 5 años	2	11.0
	6 a 10 años	2	11.0
	11 a 15 años	6	33.5
	16 a 20 años	6	33.5
	21 a 25 años	2	11.0
	26 a 30 años	0	0.0
Total		18	100.0
Trabaja en otra institución	No	17	94.0
	Si	1	6.0
Total		18	100.0
Especialización	No	0	0.0
	En proceso	6	33.0
	Estudiando	0	0.0
	Si	12	67.0
Total		18	100.0

Fuente: Base de datos del cuestionario para evaluar el conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

La tabla 1, muestra las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020, en lo referente a la etapa de vida se encontró que el 83% son adultos, el 11% corresponden a la etapa de adulto joven y finalmente el 6% corresponde a la etapa de adulto mayor. En relación al tiempo de servicio se encontró que el 67% se agrupa entre los 11 a 20 años, el 22% se concentra en 1 a 10 años de servicio y el 11% se congrega entre los 21 a 25 años de servicio. Trabaja en otra institución solo el 6%. Finalmente, si tienen especialización el 67% y en proceso de obtener la especialización el 33%.

Tabla 2. Conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Conocimiento	N°	%
Bueno	0	0.0
Deficiente	10	55.6
Regular	8	44.4
Total	18	100.0

Fuente: Base de datos del cuestionario para evaluar el conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

En la tabla 2, se identifica el conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, se obtuvo que el 55.6% presentó un conocimiento deficiente y el 44% logró un conocimiento regular.

Tabla 3. Dimensiones del conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Dimensiones del conocimiento		N°	%
Posicionamiento quirúrgico	Deficiente	14	78.0
	Regular	4	22.0
	Total	18	100.0
Cuidado de enfermería	Deficiente	10	56.0
	Regular	8	44.0
	Total	18	100.0
Efectos del posicionamiento	Deficiente	8	44.0
	Regular	8	44.0
	Bueno	2	12.0
	Total	18	100.0

Fuente: Base de datos del cuestionario para evaluar el conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

La tabla 3, evidencia las dimensiones del conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, se encontró que el 78% presentó un conocimiento deficiente y el 22.2% logró un conocimiento regular sobre posicionamiento quirúrgico; en relación al cuidado de enfermería se obtuvo un 56% con conocimiento deficiente y un 44% logró un conocimiento regular; finalmente en referencia a efectos del posicionamiento, el 44% presentó conocimiento deficiente, otro 44% presentó conocimiento regular y solo 12% logró un conocimiento bueno.

Tabla 4. Práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Prácticas	N°	%
No Aplica	2	11.1
Aplica	16	88.9
Total	18	100.0

Fuente: Base de datos de la ficha de observación para valorar la práctica del posicionamiento quirúrgico.

La tabla 4, muestra la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, los datos arrojaron que el 88.9% de los enfermeros evaluados si aplica las prácticas de posicionamiento quirúrgico durante el acto operatorio, mientras que el 11.1% de los profesionales evaluados no aplica correctamente las prácticas sobre el posicionamiento quirúrgico.

Tabla 5. Dimensiones de la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Dimensiones de la práctica		N°	%
Posición supina	No Aplica	6	33.3
	Aplica	12	66.7
	Total	18	100.0
Posición prona	No Aplica	1	5.6
	Aplica	17	94.4
	Total	18	100.0

Fuente: Base de datos de la ficha de observación para valorar la práctica del posicionamiento quirúrgico.

En la tabla 5, se presenta las dimensiones de la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, se evidencia que en la práctica de la posición supina el 66.7% aplica adecuadamente esta posición en favor del paciente y el 33.3% no aplica adecuadamente este posicionamiento; respecto a la posición prona se obtuvo que el 94.4% aplica adecuadamente este posicionamiento y solo 5.6% no aplica adecuadamente dicho posicionamiento.

Tabla 6. Conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

	Conocimiento					
	Deficiente		Regular		Total	
Prácticas	N°	%	N°	%	N°	%
No Aplica	2	11.1	0.0	0.0	2.0	11.1
Aplica	8	44.4	8.0	44.4	16.0	88.9
Total	10	55.6	8.0	44.4	18.0	100.0

Fuente: Base de datos del instrumento para valorar el conocimiento y la práctica del posicionamiento quirúrgico.

En la tabla 6, se presenta el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020, evidenciándose un 11.1% de enfermeras ‘presentó un conocimiento deficiente y que además, no aplicó adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico, el 44.4% presentó un conocimiento deficiente, pero aplicó adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico; otro 44.4% presentó un conocimiento regular y aplicó adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados evidenciaron que el 55.6% de las enfermeras que trabajan en sala de operaciones presentaron conocimiento deficiente, el 44% mostró un conocimiento regular en relación al posicionamiento quirúrgico. Al respecto Fernández M., refiere que el nivel de conocimientos de los enfermeros sobre seguridad del paciente es principalmente bajo, seguido de conocimiento regular, siendo más evidente en área crítica [15].

En relación a la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020, se encontró que el 88.9% de los enfermeros si aplicaron las prácticas de posicionamiento quirúrgico, mientras que el 11.1% no aplicó las prácticas sobre el posicionamiento quirúrgico. Al respecto, Delgado M., y Paredes N., encontraron que las posturas más utilizadas en una mesa de quirófano para intervenciones son: decúbito supino (y sus variaciones), decúbito prono (y sus variaciones), decúbito lateral y litotomía [14], datos que se asemejan a lo encontrado en esta investigación.

El conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020, evidencia un preocupante 11.1% de enfermeras con un conocimiento deficiente y que además no aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico, el 44.4% presenta un conocimiento deficiente, pero aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico; solo un 44.4% presenta un conocimiento regular y aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico en sala de operaciones. Benito U. refiere que el posicionamiento quirúrgico del paciente causa algún

impacto negativo en los sistemas del cuerpo y pueden ocasionar varias complicaciones como: dolor músculo esquelético, desplazamiento de articulaciones, daños en nervios periféricos, lesiones de piel, comprometimiento cardiovascular y pulmonar y hasta síndrome compartimental por lo que urge siempre estar capacitados y actuar correctamente. El posicionamiento puede causar complicaciones, y las úlceras por presión son las más frecuentes reportadas [12]. Mendonça y otros manifiestan que las intervenciones eficaces se relacionan con el alivio de las presiones en la mesa quirúrgica. El enfermero es responsable por los cuidados de enfermería y debe promover acciones juntamente con su equipo que garanticen la seguridad del paciente, teniendo en cuenta las particularidades y los recursos disponibles [11].

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa, indican que la población es predominantemente adulta, respecto al tiempo de servicio, la mayoría trabaja entre 11 y 20 años en la institución, solo un pequeño porcentaje trabaja en otra institución; en su mayoría cuentan con una especialización o en camino a obtener su especialización.

2. Más de la mitad de enfermeras que laboran en sala de operaciones en el HRP, tienen conocimiento deficiente sobre el posicionamiento y las restantes un conocimiento regular, siendo el conocimiento del posicionamiento quirúrgico en la que existe mayor grado de deficiencia, seguido del conocimiento sobre el cuidado de enfermería y finalmente el conocimiento de los efectos del posicionamiento.

3. La práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del HRP, indica que la mayoría de los evaluados, aplican adecuadamente las prácticas de posicionamiento y el resto no las aplica; respecto a las dimensiones de las prácticas para la posición supina se aplica adecuadamente en poco más de la mitad de los evaluados y la posición prona se aplica adecuadamente en casi la totalidad de los evaluados.

4. El conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del HRP, indica que un considerable grupo presenta un conocimiento deficiente, pero aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico; otro considerable grupo presenta

un conocimiento regular y aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico; finalmente un pequeño grupo presentó un conocimiento deficiente y demás no aplica adecuadamente las prácticas de posicionamiento quirúrgico.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital Regional de Pucallpa programar capacitaciones diferenciadas por áreas y dar las facilidades del caso para los profesionales que puedan acceder a una capacitación particular.

2. A los directivos del Hospital Regional de Pucallpa, es necesario conformar un comité encargado de capacitar y supervisar el cumplimiento de las medidas seguridad en cada servicio.

3. A los directivos del Hospital Regional de Pucallpa, considerar los resultados obtenidos en este estudio, para que sirvan de sustento y poder organizar los programas de capacitación en el servicio, donde una de las temáticas a considerar debe ser el posicionamiento quirúrgico del paciente, contando con el apoyo de expertos, para motivar la participación de las enfermeras y la mejorar la seguridad del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Braz Miranda A, Rosa Fogaça A, Rizzetto M, Cuvello Lopes LC. Posicionamiento quirúrgico: cuidados de la enfermería en el período transoperatorio. REV. SOBECC. 2016 Junio; XXI(1).
2. Cavero Paulino De López M. Conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones. Tesis de especialidad. Lima: Universidad Cayeteno Heredia, Enfermería; 2019. Report No.: S/ISBN.
3. Peixoto CdA, Guimarães Ferreira B, Marques dos Santos Felix M, da Silva Pires P, Barichello E, Barbosa MH. Clasificación de riesgo de desarrollo de lesiones derivadas del posicionamiento quirúrgico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019 Diciembre; XXVII(1).
4. Camarena Nuñez RdP, Prado Camacho J, Vega Astuhuamán MJ. Relación entre conocimiento y actitudes del equipo quirúrgico en el manejo de medidas asépticas en centro quirúrgico de un Hospital Nacional. Tesis Especialidad. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Posgrado; 2017. Report No.: S/ISBN.
5. Lopes do Nascimento FC, Soares Rodrigues MC. Riesgo de lesión en posicionamiento quirúrgico: validación de escala en un hospital de rehabilitación. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020 Mayo; XXVIII(1).
6. Organización Mundial de la salud. Diez datos sobre seguridad en la atención quirúrgica. [Online].; S/A [cited 2020 Noviembre 8. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index1.html.
7. Bennett S. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones

quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes. [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 08. Available from: https://www.who.int/es/news/item/03-11-2016-who-recommends-29-ways-to-stop-surgical-infections-and-avoid-superbugs.

8. Cabello P, Martínez P. Principales complicaciones posoperatorias con el uso de la anestesia general. MEDISAN. 2017 Diciembre; XXI(10).

9. González Consuegra RV, Hernández Sandoval YT, Matiz Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. Rev Cubana Enferm. 2017 Setiembre; XXXIII(3).

10. Escobar Castellanos B, Cid Henríquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. Acta Bioethica. 2018 Abril; XXIV(1).

11. Mendonça de Moraes Lopes C, Haas VJ, Spadoti Dantas RA, Gonçalves de Oliveira C, Galvão CM. Escala de evaluación de riesgo para lesiones debidas al posicionamiento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 Junio; XXIV(1).

12. Benito González Ú. Complicaciones y prevención en las posiciones quirúrgicas más comunes. Primera ed. Benito González Ú, editor. Alicante: Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L; 2016.

13. Mori Yachas NR. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. Tesis maestría. Lima: Universidad César Vallejo, Posgrado; 2018. Report No.: S/ISBN.

14. Delgado Wong MC, Paredes Perez N. Eficacia del posicionamiento

después de una cirugía de agujero macular para la disminución de las complicacionesen pacientes quirúrgicos de oftalmología. Tesis especialidad. Lima: Universidad Norbert Wiener, Posgrado; 2018. Report No.: S/ISBN.

15. Fernández Arias MN. Conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Tesis especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Posgrado; 2017. Report No.: S/ISBN.
16. Guerrero Gamarra JC, Quispe Castro S, Vera Lajo KMT. Conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente adulto en intraoperatorio en el centro quirúrgico del Hospital Essalud. Tesis especialidad. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Enfermería; 2016. Report No.: S/ISBN.
17. Guerri M. La Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow. [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 22. Available from: https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-las-necesidades-humanas-abraham-maslow/.
18. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La “Gestión del Cuidado” en la legislación chilena: Interpretación y alcance. Cienc. enferm. 2010 Julio; XVI(1).
19. Moreno M. Humanización del Cuidado: Una meta enraizada en la esencia de enfermería. Aquichan. 2013 Diciembre; XIII(2).
20. Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Primera ed. Alligood MR, editor. Madrid: Elsevier; 2015.
21. Marriner A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Primera ed.

Marriner A, Alligood MR, editors. LaHabana: Ciencias Médicas; 2007.

22. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Online]. Barcelona; 2014 [cited 2020 Octubre 22. Available from: https://dle.rae.es/conocimiento.

23. Gallardo. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. 2011 Abril; XI(4).

24. Rogers M. Modelos enfermeros. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 22. Available from: http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/.

25. Seguridadpublica.es. Actitudes y valores sociales. [Online].; 2009 [cited 2020 Octubre 20. Available from: https://www.seguridadpublica.es/2009/10/actitudes-y-valores-sociales/.

26. Juárez Rodríguez A, García Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm Inst. 2014 Diciembre; XVII(2).

27. Significados.com/. Significado de Efecto. [Online].; 2016 [cited 2020 Noviembre 08. Available from: https://www.significados.com/efecto/

28. Rodríguez. El proceso intraoperatorio. Actividad de Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2020 Octubre 22. Available from: https://es.slideshare.net/davefeel1/el-proceso-intraoperatorio#:~:text=INTRAOPERATORIO%20Etapa%20comprendida%20desde%20que,sala%20de%20recuperaci%C3%B3n%20post%20%E2%80%93%20anest%C3%A9sica.

29. enfermeriablog. Posiciones del paciente. [Online].; 2019 [cited 2020 Octubre 22. Available from: https://enfermeriablog.com/posicionesdelpaciente/.

30. Valenzuela Suazo. La práctica de enfermería como foco de reflexión. [Online].; 2016 [cited 2020 Octubre 22. Available from: https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7175/4470.

31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta edición ed. Hernández R, Fernández C, Baptista P, editors. México (DF): Editorial McGraw-Hill; 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución	:	Universidad Nacional de Ucayali
Investigadores	:	Lic. Enf. Danisa Juliane Pinedo Cárdenas Lic. Enf. Carmencita Tipto Soto,
Título	:	Conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones, Hospital Regional de Pucallpa, 2020.

Propósito del Estudio:

Invitarlo a participar en un estudio llamado: Conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones, Hospital Regional de Pucallpa, 2020. El cual es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional de Ucayali, estamos realizando este estudio para determinar el conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones, Hospital Regional de Pucallpa, 2020, con ello buscaremos conocer qué tanto conoce sobre las medidas asépticas y cuál es la actitud que toma frente a ello.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio responderá a las preguntas del instrumento de conocimiento, que consta de 20 ítems. Puntaje 20

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio de investigación y no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Si tiene alguna duda adicional, puede preguntar a los investigadores.

Consentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

_ _

Participante Nombre:

DNI:

Fecha:

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A. CUESTIONARO

Estimado participante este estudio tiene como propósito determinar el conocimiento y práctica de la enfermera sobre el posicionamiento del paciente en el intraoperatorio en sala de operaciones, Hospital Regional de Pucallpa, 2020. La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual le solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante.

INSTRUCCIONES

Marque con un aspa (x) la respuesta que considere correcta. Llene los espacios en blanco. Conteste todas las preguntas.

DATOS GENERALES:

Edad _____
Tiempo de Servicio en Centro Quirúrgico_____
Trabaja en otra institución SI ( ) NO ( )
Especialización: SI ( ) NO ( ) En proceso ( ) Estudiando ( )

CONOCIMIENTO MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA CORRECTA

1. Posicionamiento quirúrgico es:
   a) Colocación del paciente en la mesa quirúrgica
   b) Ubicación del paciente para el acto quirúrgico
   c) Distribución del equipo quirúrgico para la cirugía
   d) Colocación de la posición quirúrgica
2. El posicionamiento quirúrgico se realiza en la fase:
   a) Pre operatoria
   b) Intra operatoria
   c) Quirúrgica
   d) Pre quirúrgico.
3. Posición quirúrgica del paciente está denominada por
   a) El procedimiento quirúrgico y la técnica anestésica.
   b) La vía de abordaje sin interferir en las funciones circulatorias y respiratorias
   c) La evaluación física y mental del paciente perioperatorio
   d) Los accesorios de la mesa quirúrgica y polímeros
4. El posicionamiento es ejecutado por.
   a) Enfermera perioperatoria II
   b) Enfermera perioperatoria II y I
   c) Enfermera y técnica de enfermería
   d) El equipo quirúrgico
5. La posición decúbito dorsal también se le conoce con el nombre de posición:
   a) Anatomía
   b) Supina
   c) Prona
   d) Sims

6. Es correcto movilizar al paciente sometido a anestesia general:
   a) Entre 4 personas
   b) Entre 5 personas
   c) Entre 3 personas
   d) Entre 6 personas
7. La enfermera de sala de operaciones debe conocer:
   a) Alteración fisiológica de las diversas posiciones quirúrgicas
   b) Equipos requeridos para el posicionamiento
   c) Técnicas anestésicas
   d) Técnica quirúrgica
8. El espacio del brazalete de seguridad entre la piel del paciente es:
   a) 2 cm
   b) 4 cm
   c) 3 cm
   d) 1 cm
9. La escala para evaluar el riesgo de lesión debido al posicionamiento quirúrgico es:
   a) Braden
   b) Dowtond
   c) Elpo
   d) Emina
10. En la posición prona o decúbito ventral se debe tener en cuenta:
    a) Voltear sobre el abdomen con lentitud y cuidado, vías respiratorias permeables
    b) Colocar correa de seguridad sobre el abdomen
    c) Mantener la hiperextensión de los miembros
    d) Mantener cubierto los genitales masculinos
    e) Presionar los dedos
11. La posición decúbito ventral para reducir el riesgo de lesión corneal se debe:
    a) Colocar una dona hecha de algodón con venda en la frente del paciente.
    b) Ocluir la zona corneal del paciente
    c) Aplicar gotas oftálmicas
    d) Ladear la cara del paciente
12. Durante el posicionamiento quirúrgico es importante:
    a) Mantener la alineación corporal
    b) Mantener el eje neutral del cuerpo
    c) Prevenir la hiperextensión de los miembros
    d) Mantener la temperatura corporal
13. ¿Posicionamiento quirúrgico es un?
    a) Método
    b) Procedimiento
    c) Proceso
    d) Tratamiento

MARQUE CON UNA (X) LA RESPUESTA INCORRECTA

14. El objetivo del posicionamiento quirúrgico es:
    a) Exponer el campo operatorio
    b) Mantener la función respiratoria
    c) Minimizar el compromiso circulatorio
    d) Conservar la temperatura corporal
15. Las complicaciones del inadecuado posicionamiento afectan el sistema:
    a) Tegumentario
    b) Neurológico
    c) Urinario
    d) Respiratorio
16. Antes que el paciente llegue al quirófano la enfermera debe:
    a) Revisar la posición propuesta
    b) Rechazar ayuda si no sabe colocar al paciente en posición quirúrgica indicada
    c) Consultar al cirujano sin tiene duda de la posición quirúrgica
    d) Disponer el equipo quirúrgico necesario para facilitar el procedimiento
17. La medida de seguridad para el posicionamiento del paciente es:
    a) Compruebe que la mesa quirúrgica esté con freno
    b) Traslade al paciente inconsciente como mínimo con cuatro personas
    c) Realice el traslado sin autorización del anestesiólogo
    d) Evalúe el estado físico y mental del paciente perioperatorio
18. Durante el posicionamiento quirúrgico es importante:
    a) Conservar la cabeza en eje parcial
    b) Mover al paciente en bloque
    c) Solicitar la autorización del anestesiólogo
    d) Cuidar la alineación del cuello cervical
19. Para reducir el riesgo de lesión del plexo braquial se debe colocar el miembro superior en abducción de:
    a) 30° b) 45° c) 120° d) 90°
20. El cuidado de enfermería durante el posicionamiento del paciente es:
    a) Protege e inmoviliza una fractura durante el procedimiento
    b) Cuida que ninguna parte del cuerpo quede en contacto con las partes metálicas de la mesa quirúrgica
    c) Vigila que no se obstruya o desconecte los catéteres de monitoreo invasivos y no invasivos
    d) Provee los polímeros de gel para reducir la presión de la piel.

Agradecemos su gentil colaboración.

B. FICHA DE OBSERVACIÓN

Introducción

El presente instrumento es una guía de observación de las acciones realizadas al personal que laboran en centro quirúrgico del Hospital Regional de Pucallpa. Cuyo objetivo es de servir de guía para la recolección de datos sobre la práctica del posicionamiento quirúrgico.

Instrucciones

Se marcará con un aspa (x) si aplica o no la práctica evaluada.

Datos Generales:

Edad _____
Tiempo de Servicio en Centro Quirúrgico_____

ACTIVIDADES:

N°	Pregunta)	Si Aplica (1)	No Aplica (2)
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POSICIÓN SUPINA			
1.	Cubre y conserva el acolchado adecuado de los accesorios de la mesa quirúrgica teniendo en cuenta el contacto directo de la piel del usuario		
2.	Instala al cliente con el cuerpo alineado y piernas equidistantes		
3.	Evita la abducción mayor a 90°, vigilando ramas del plexo braquial		
4.	Acomoda en forma adecuada los pies para prevenir equinos		
5.	Coloca almohadillas debajo de la cabeza y la región lumbar		
6.	Asegura adecuadamente los miembros para prevenir lesiones al relajarse los músculos		
7.	Inmoviliza y asegura de forma apropiada al paciente, teniendo en cuenta la posición inicial adquirida, de esta manera precaver probables complicaciones		
8.	Disminuye la presión sobre la piel, nervios y vasos sanguíneos, empleando protectores y alineación correcta del usuario		
9.	Mantiene las sábanas estiradas y libre de arrugas que está en contacto con la piel del paciente		
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN POSICIÓN PRONA			

10.	Coloca almohadilla en las rodillas (proteger el nervio ciático)		
11.	Evita la presión sobre el tórax y abdomen, colocando almohadillas debajo del tórax y axila		
12.	Evita movimientos bruscos		
13.	Mantiene adecuada perfusión tisular (la hipoxia dificulta la recuperación de los tejidos sanos e intervenidos)		
14.	Coloca la cabeza del paciente en forma anatómica manteniendo el eje corporal		
15.	Coloca 2 apoya-brazos evitando extensión y caídas		
16.	Moviliza al paciente sometido a anestesia general entre cuatro personas		
17.	Protege las mamas en las mujeres		
18.	Protege y deja los genitales libres en los varones		
19.	Vigila posibles cambios de posiciones involuntarios por el usuario		

Agradecemos su gentil colaboración.

ANEXO 4
MATRIZ DE CONSISTENCIA

<table>
<tr><th colspan="8">TÍTULO: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERA SOBRE EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE EN EL INTRAOPERATORIO EN SALA DE OPERACIONES, HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2020</th></tr>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVO</th><th>HIPÓTESIS</th><th>VARIABLES</th><th>DIMENSIONES</th><th>INDICADORES</th><th>NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO</th><th>POBLACIÓN Y MUESTRA</th></tr>
<tr>
<td>Problema general
¿Cuál es el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?

Problemas específicos
1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?

2. ¿Cuál es el conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?

3. ¿Cuál es la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020?</td>
<td>Objetivo general
Determinar el conocimiento y práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Objetivos específicos
1. Conocer las características sociodemográficas de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

2. Identificar el conocimiento sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

3. Identificar la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.</td>
<td>Hi: El conocimiento influye favorablemente en la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.

Ho: El conocimiento no influye favorablemente en la práctica sobre el posicionamiento quirúrgico de la enfermera en sala de operaciones del Hospital Regional de Pucallpa 2020.</td>
<td>Conocimiento de posicionamiento quirúrgico.

Práctica del posicionamiento quirúrgico</td>
<td>Posicionamiento quirúrgico
Cuidados de enfermería
Efectos

Cuidados de enfermería en posición supina
Cuidados de enfermería en posición prona</td>
<td>Conocimiento bueno
Conocimiento regular
Conocimiento deficiente

Aplica
No aplica</td>
<td>De acuerdo a la naturaleza, reúne por sus características de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

Descriptivo: Porque se describirá la situación tal como se encuentra.

Prospectivo: Porque se tomará los datos desde el inicio de la investigación hacia adelante,

Transversal: Se estudiará a las personas de diferentes edades en el mismo momento.</td>
<td>Población
La población estuvo conformada por el personal de salud que labora dentro del centro quirúrgico el cual cuenta con 18 Licenciadas en enfermería.

Muestra
Por tratarse de una muestra pequeña se trabajó con las 18 enfermeras que laboran en sala de operaciones.</td>
</tr>
</table>